



AVENANT 21

Avenant au CDC SESAM-Vitale

EV83- Maintenance Règlementaire
**EV104-Maintenance technico-
fonctionnelle**

Systeme de facturation SESAM-Vitale

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.



AVENANT 21

EV83- Maintenance Règlementaire EV104-Maintenance technico- fonctionnelle

Référence du document

Version du document **01.20**

Date **18/01/2019**

Référence **PDT-CDC-085**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Tous**

Palier concerné **1.40 Addendum 7-juin 2017**

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.33**

Dispositif Intégré **3.92**

Package d'agrément **1.40.12**

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	6
1.1	Contexte	6
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	6
1.3	Guide de lecture	7
2	EV83 : Maintenance Réglementaire	8
2.1	Présentation des points de Maintenance Réglementaire	8
2.2	Synthèse des Impacts	10
2.3	Détail des Impacts.....	14
2.3.1	<i>Point 375 : Précision pour le risque AT.....</i>	<i>14</i>
2.3.1.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	14
2.3.2	<i>Point 378 : Acte K et spécialité 30.....</i>	<i>14</i>
2.3.2.1	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »	14
2.3.3	<i>Point 388 : Identification des fournisseurs</i>	<i>15</i>
2.3.3.1	Impacts Annexe1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »	15
2.3.3.2	Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »	16
2.3.4	<i>Point n°394 : Suppression de la CCIP</i>	<i>16</i>
2.3.4.1	Impacts Corps du CDC SESAM-Vitale.....	16
2.3.4.2	Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »	16
2.3.4.3	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	17
2.3.4.4	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification- Partie Tables »	18
2.3.5	<i>Point n°445 : HN en table 4.....</i>	<i>18</i>
2.3.5.1	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »	18
2.3.6	<i>Point n°449 : Convention médicale 2016.....</i>	<i>19</i>
2.3.6.1	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation – Tarification »	19
2.3.7	<i>Point n°453 : Référence au consultant</i>	<i>21</i>
2.3.7.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	21
2.3.7.2	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation-Tarification - Partie Tables »	22
2.3.8	<i>Point n°455 : SESAM sans Vitale en LPP.....</i>	<i>22</i>
2.3.8.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	22
2.3.9	<i>Point°456 : Forçage maternité.....</i>	<i>23</i>
2.3.9.1	Impacts Annexe1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »	23
2.3.10	<i>Point n°457 : Renseignement de la date de maternité</i>	<i>23</i>
2.3.10.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	23
2.3.10.2	Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »	24
2.3.11	<i>Point n°458 : R33 ouvertes aux spécialités 15 et 37.....</i>	<i>24</i>
2.3.11.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	24
2.3.12	<i>Point n°463 : Coquille en table 12.....</i>	<i>24</i>
2.3.12.1	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »	24
2.3.13	<i>Point n°465 : Groupe 1850.....</i>	<i>25</i>
2.3.13.1	Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »	25
2.3.14	<i>Point n°467 : UPH ouverte aux spécialités 01, 50 et 51</i>	<i>26</i>
2.3.14.1	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »	26
2.3.15	<i>Point n°476 : NIR fictifs en table 15.2</i>	<i>26</i>
2.3.15.1	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »	26
2.3.16	<i>Point n°480 : Etude de rejets terrain</i>	<i>27</i>
2.3.16.1	Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »	27
2.3.16.2	Impacts Annexe2 : « Réglementation - Tarification »	33
2.3.17	<i>Point n°486 : PA, PAN ouverts au Non Remboursable</i>	<i>34</i>
2.3.17.1	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »	34
2.3.18	<i>Point n°496 : Groupe 1820 et SMG.....</i>	<i>36</i>
2.3.18.1	Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »	36
2.3.19	<i>Point n°509 : Base de Remboursement en cas d'actes gratuits.....</i>	<i>36</i>
2.3.19.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	36
2.3.20	<i>Point n°514 : Pas de FSE AT pour les agents des collectivités territoriales.....</i>	<i>37</i>
2.3.20.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	37
2.3.20.2	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation – Tarification_Partie Tables»	38
3	EV104 : Maintenance fonctionnelle et technique	40
3.1	Présentation de la mesure	40

4	Maintenance Dispositif Intégré.....	42
4.1	Synthèse des Impacts	42
4.2	Maintenance Rh-integ-dsf-020 partie 1	44
	4.2.1 Maintenance réglementaire	44
	4.2.2 Maintenance fonctionnelle et technique	48
4.3	Maintenance Rh-integ-dsf-020 partie 2.....	51
	4.3.1 Maintenance fonctionnelle et technique	51
4.4	Maintenance Rh-integ-dsf-022 annexe 2 cdc	51
4.5	Maintenance Rh-integ-dsf-022b annexe 2 bis cdc.....	51
4.6	Maintenance Rh-integ-dsf-023 tableaux de valeurs	51
	4.6.1 Maintenance réglementaire	51

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

EV83 : « Maintenance Réglementaire »
EV104 : « Maintenance Technico-Fonctionnelle »

PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

TOUS

Analyse d'impact

L'analyse d'impact et les modifications du système de facturation SESAM-Vitale sont présentées sous forme de delta par rapport au palier fonctionnel suivant :

1.40 – Addendum 7
Juin 2017

1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

Consigne d'implémentation

La version du socle fonctionnel de référence n'est pas modifiée par cet avenant.

Les éditeurs implémentent dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

1.3 Guide de lecture

Indications dans la marge



Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet avenant et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 ou du Dispositif intégré afin de permettre la lecture par thèmes :

Texte surligné en jaune

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré

Texte surligné en jaune foncé

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré par rapport à la précédente version de ce document

Texte surligné en gris

Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document

~~Texte barré suivant la couleur~~

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale ou du Dispositif intégré

Le titre du paragraphe est surligné en couleur dès lors que le paragraphe est modifié.

Pour des besoins de commodités de lecture, lorsque le texte du paragraphe est entièrement nouveau, le texte n'est pas surligné en jaune, seuls les titres de paragraphes sont surlignés en jaune.

2 EV83 : Maintenance Réglementaire

2.1 Présentation des points de Maintenance Réglementaire

Point	Description	Type de modification
375	<u>Précision pour le risque AT :</u> Différence entre régime d'affiliation et régime gestionnaire de l'AT	Précision
378	<u>Acte K et spécialité 30 :</u> La lettre-clé K n'est pas ouverte aux laboratoires de spécialité 30 et 39	Correction
388	<u>Identification des fournisseurs :</u> Suppression du contrôle du n° de facturation fournisseur par rapport aux valeurs des 3ème et 4ème position de ce n°.	Correction
394	<u>Suppression de la CCIP</u> Suppression dans l'ensemble du CDC SV du régime CCIP et du code régime 12, ce régime étant supprimé depuis le 01/01/2013.	Suppression
445	<u>HN en table 4</u> Ajout du code prestation HN, oublié en table 4	Correction
449	<u>Convention médicale 2016</u> L'objet de ce point est de réunir différents éléments correctifs relatifs à la Convention médicale 2016	Correction
453	<u>Référence au consulteur</u> Le consulteur n'est pas utilisé dans le périmètre du système de facturation. La référence à cet équipement apparaissant dans la règle T2quint de l'Annexe2 est donc supprimée	Suppression
455	<u>SESAM sans Vitale en LPP</u> La possibilité de faire du SESAM sans Vitale pour les prestations LPP ne dépend pas du type de service	Evolution
456	<u>Forçage maternité</u> Précision sur la valeur du code couverture à prendre en considération en cas de forçage de la situation de maternité.	Précision
457	<u>Renseignement de la date de maternité</u> Ajout d'une consigne pour le renseignement obligatoire dans la facture de la date de maternité.	Précision
458	<u>R33 ouverte aux spécialités 15 et 37</u>	Correction
463	<u>Coquille en table 12</u>	Correction
465	<u>Groupe 1850</u> Ajout d'une Précision sur la notion de renouvellement	Précision
467	<u>UPH ouverte aux spécialités 01, 50 et 51</u>	Correction
476	<u>NIR fictifs en table 15.2 :</u> Ajout du NIR fictif 2 55 55 55 xxx 042 xx excluant du parcours de soins	Correction
480	<u>Etude de rejets terrain</u> Ajout de règles fonctionnelles dans le système de facturation	Evolution

486	<u>PA, PAN ouvert au Non Remboursable</u>	Correction
496	<u>Groupe 1820 et SMG</u>	Précision
509	<u>Base de Remboursement en cas d'actes gratuits</u>	Précision
514	<u>Pas de FSE AT pour les agents des collectivités territoriales :</u> Les agents de collectivités territoriales sont identifiés en carte vitale avec « le code BGDH = 29 » et le code régime 01	Evolution

2.2 Synthèse des Impacts

Documents Communs	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2	Tableaux de synthèse	Ajout de la compatibilité de la règle R33 pour les spécialités 15 et 37 : les ophtalmologues et les anatomo-cytopathologistes peuvent faire du SESAM sans Vitale.	458
	R25.1	Ajout d'une précision dans la colonne « Observation exemples »	375
	Règle R25.2	Ajouter le « code gestion » dans les données utilisées	514
	Règle R25.4	Ajouter le « code gestion » dans les données utilisées	514
	R28	Ajouter dans cette règle le contrôle de la date d'accident par rapport à la date de facturation	480-1.50
	R30	Précision pour le renseignement de la date de maternité	457
	R31	Précision : la date de maternité doit être antérieure à la date des soins de chaque prestation de la facture.	457
	R32	Ajouter dans cette règle le contrôle de la date de fin de location ou de service par rapport à la date de début	480-1.30
	R36	Ajouter dans cette règle le contrôle de la date d'accident par rapport à la date de facturation	480-1.50
	Règle R33	Suppression du lien entre le type de service pour le mode SESAM sans Vitale	455
	Règle S1	Ajout d'un cas particulier pour les actes gratuits	509
	Règle T2	Suppression de la CCIP dans la partie « Observation exemple »	394
	Règle T2bis	Suppression de la CCIP dans la partie « Observation exemple »	394
	Règle T2ter	Suppression de la CCIP dans la partie « Observation exemple »	394
	Règle T2quater	Suppression de la CCIP dans la partie « Observation exemple »	394
	Règle T2quint	Suppression de la CCIP dans la partie « Observation exemple »	394
	Règle T2quint	Suppression de la référence au consultant	453
A2bis	Table 1	Correction des libellés de CCE et CCX	449
	Table 2	Ajout de la compatibilité des actes CNP et VNP pour la spécialité 75 (coquilles) → ce point fait l'objet de la FR 157 publiée le 27/02/2018. Ajout de la compatibilité de l'acte UPH pour les spécialités 01, 50 et 51 (coquilles)	467
	Table 2	Supprimer la compatibilité du K avec les spécialités 30, 39	378
	Table 4	Ajout du HN oublié en table 4	445
	Table 4	Ouverture à la nature d'assurance SMG des codes : CPM, MSH, MSP	449

Table 7	Ouverture au qualificatif de la dépense « L » des codes :MAF, MAS, MBB, MPF, MTS	449
Table 7	Ouverture au « Non Remboursable » des codes prestations suivants : CPH, DCC, FTN, FTR, GLU, MPI, PA, PAN, PPH, PPS, SES, SNG, STH, TDR, THR, UPH (pour facturation en AME possible)	486
Table 11.1	Suppression du code régime 12	394
Table 11.2	Suppression du code régime 12	394
Table 11.2	Renommer cette table « Régimes et bénéficiaires pour lesquels l'envoi d'une FSE AT est autorisé » Ajouter le paramètre « code gestion »	514
Table 11.3	Ajouter les paramètres « code caisse », code centre » et « code gestion »	514
Table 12	Suppression des combinaisons CS+MCS et CNP+MCS pour la MPC (coquilles)	463
Table 15.2	Ajout du NIR fictif 2 55 55 55 xxx 042 xx (oubli)	476
Table 23	Mise à jour par rapport à l'article 14 de la NGAP	449
Table 50.1	Modification du titre	394
Table 50.2	Correction de l'entête de la première colonne	453

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
Corps	§6 Glossaire	Suppression du régime CCIP dans la liste des régimes de l'UNRS	394
A1-A	§2.1.1.4	Modification pour l'utilisation des informations conventionnelles paramétrées sur le poste PS : « en présence d'une carte Fournisseur » et non « pour les PS Fournisseurs ». + Ajout de la règle de caractérisation d'une carte Fournisseurs	388
	§2.5	Suppression du contrôle du n° d'identification d'un fournisseur	388
	§3.2.1.1	Ajout d'une précision en cas de forçage des droits liés à la maternité	456
A1-A0	Groupe 1120	Suppression de la caractérisation d'un Fournisseur par son n° d'identification.	388
	Groupe 1120 1120-1	Précision : Le n° d'identification du PS ne doit pas contenir uniquement des 0	480-4.11
	Groupe 121x 1211-3 1212-1 1213-4 1214-4	Ajouter le contrôle de la date de prescription par rapport à la date de naissance du Bénéficiaire des soins	480-1.10
	Groupe 1310	Suppression du code régime 12	394
	Groupe 1512	Groupe 1512 : Renvoi à la règle R30	457
	Groupe 1610 1610-2	Ajouter le contrôle de la date d'exécution de la prestation par rapport au délai de 2 ans et trois mois	480-3.10
	Groupe 1610 1610-4	Précision : la nature de prestation ne peut pas être égale à une suite de 4 caractères blancs (0x20).	480-4.21
	Groupe 1610 1610-10	Précision : le dénombrement vaut 1 par défaut et ne doit jamais être nul	480-4.10
	Groupe 1710 1710-2	Précision : le code affiné NABM ne peut prendre la valeur zéro	480-5.40
	Groupe 1730	Nouvelle règle : contrôler les périodes LPP	480-3.40

Groupe 1730	Pour chacune des données LPP suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • <i>montant total LPP (groupe 1730-10)</i> • <i>prix unitaire public (groupe 1730-9)</i> • <i>montant facturé (groupe 1730-11) (hors SMG ou AT)</i> • <i>tarif LPP (groupe 1730-7)</i> • <i>quantité (groupe 1730-8)</i> ajout d'une précision : ces données ne peuvent être nulles	480-5.10
Groupe 1730 1730-2	Précision un code LPP est nécessairement numérique sur 7 caractères.	480-5.20
Groupe 1740 1740-3	Précision: un code CIP ne peut pas prendre la valeur zéro (7 zéros)	480-5.50
Groupe 1740 1740-5	Précision : la quantité du médicament ne peut être égale à 0	480-5.60
Groupe 1820	Reformulation et complément des cas de présence de ce groupe (obligatoire/facultative/interdite) en fonction de la nature d'assurance	496
Groupe 1840 1840-3	Nouvelle règle : la date d'envoi de l'entente préalable doit être antérieure ou égale à la date de prestation hormis dans le cas particulier de l'oxygénothérapie.	480-1.40
Groupe 1840 1840-2 1840-3	Précision : le code accord (1840-2) et la date d'EP (1840-3) sont obligatoires en cas d'EP, i.e. dès lors qu'un groupe 1840 est créé	480-3.20
Groupe 1850	Ajout du cas général de la règle d'utilisation de ce groupe.	465
Groupe 1870 1870-2	Précision : Le n° d'identification du PS ne doit pas contenir uniquement des 0	480-4.11

2.3 Détail des Impacts

2.3.1 Point 375 : Précision pour le risque AT

2.3.1.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR375

R25.1 – Contrôle de l’existence d’une couverture au risque AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	.../...	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier que l'assuré est couvert pour le risque Accident du Travail par l'organisme gestionnaire de l'AT identifié.</p> <p>.../...</p>	<p>Organisme gestionnaire de l'AT : donnée issue de la règle R25.0</p> <p>Origine de l'organisme gestionnaire AT : (donnée issue de la règle R25.0)</p> <p>Top Régime accepte l'AT : (donnée intermédiaire résultat) issu de la table T11.1</p>	Table 11.1		<p>Un régime peut couvrir ses assurés pour le risque AT sans pour autant gérer ce risque.</p> <p>Exemple : les assurés affiliés au régime CRPCEN sont couverts pour le risque AT, mais la gestion de ce risque AT est effectuée par le Régime Général. Dans ce cas l'organisme gestionnaire de l'AT est le régime Général alors que l'organisme d'affiliation du bénéficiaire est le régime CRPCEN</p>

.../...

2.3.2 Point 378 : Acte K et spécialité 30

2.3.2.1 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR378

Table 2 : Spécialités de 17 à 33

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
.../...	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.
IVE	IVE				IVE	IVE	IVE							IVE	IVE	IVE
K	K	K		K		K	K						K	K	K	K
KA	KA	KA		KA		KA	KA							KA	KA	KA
.../...	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.

Table 2 : Spécialités de 34 à 49

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
.../...	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.
IVE		IVE						IVE								
K	K	K		K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
KA	KA	KA						KA								
.../...	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.	J.

.../...

2.3.3 Point 388 : Identification des fournisseurs

2.3.3.1 Impacts Annexe1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »

.../...

Point GR388

§2.1.1.4 Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs

~~Pour les Professionnels de Santé~~ En présence d'une carte Fournisseurs, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail. A savoir :

- le **code spécialité**,
- le **code conventionnel**,
- le **code zone tarifaire**,
- le **code zone IK**.

En effet, les informations, restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives. En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPx fournisseurs ne doivent alimenter les groupes d'entrée (annexe 1 – A0).

Une carte Fournisseur est caractérisée par :

- un code catégorie de valeur « 2 » : cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation (1120-1)
- et par une ou plusieurs des informations conventionnelles ci-avant renseignées à la valeur « 99 » ou « 9 » en carte.

.../...

Point GR388

§2.5 Mise en forme des factures

SESAM-Vitale met à disposition des fonctions permettant de mettre en forme les factures dans le but de constituer, à partir de données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé, une feuille de soins électronique et/ou une demande de remboursement électronique formatées et sécurisées conformément aux normes d'échange attendues par les organismes d'assurance maladie. Ces fonctions répondent au besoin d'assurer la cohérence entre la génération de la DRE et celle de la FSE afin de garantir que DRE et FSE sont élaborées à partir des mêmes données.

Pour les centres de santé, il convient d'appliquer le contrôle suivant : la valeur de la troisième position d'identifiant de facturation du groupe 1120 doit être égale à zéro (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

~~Pour les Fournisseurs, il convient d'appliquer le contrôle suivant : la valeur de la troisième position et la valeur de la quatrième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120 doivent être égale respectivement à 2 et à 6.~~

Pour les Professionnels de Santé salariés d'un centre de santé et pour l'élaboration de la facture, ainsi que pour les Fournisseurs le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail ou les serveurs.»

Deux fonctions sont disponibles :

- la fonction « SSV_FormaterFacture » doit être utilisée systématiquement quel que soit le mode de sécurisation. Dans le cas d'une signature désynchronisée, cette fonction s'utilise lors d'une première sécurisation avec la carte Vitale.
- la fonction « SSV_SécuriserFacture » doit être utilisée si une sécurisation partielle a été effectuée précédemment en mode désynchronisé.

.../...

2.3.3.2 Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »

.../...

Point GR388

§2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé**Règles**

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui élabore et signe la facture.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.



Remarque : Un centre de santé est caractérisé par la catégorie médicale de valeur 0. Cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120. (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

Dans ce cas, il est interdit d'élaborer une facture pour les spécialités pharmacien (50 et 51).



~~Remarque : Un Fournisseur est caractérisé par la catégorie de valeur 2, et par le numéro d'ordre de valeur 6. Ces informations figurent en troisième et quatrième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120.~~

Dans le cas d'un remplacement, l'ensemble des champs doivent être renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé.

.../...

2.3.4 Point n°394 : Suppression de la CCIP**2.3.4.1 Impacts Corps du CDC SESAM-Vitale**

.../...

Point GR394

§6 Glossaire

.../...

UNRS

Union Nationale des Régimes Spéciaux

Composée de :

Caisses de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF

Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP

Etablissement National des Invalides de la Marine

Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines

Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire

~~Caisse Autonome de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris~~

Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale

Caisse de Prévoyance du Port Autonome de Bordeaux

Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat

Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes

.../...

2.3.4.2 Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »

.../...

Point GR394

§2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO

.../...

Régimes	Code régime	Règle de détermination de l'organisme destinataire
.../...	.../...	.../...
CPRPSNCF	04	Le code <i>organisme destinataire</i> est toujours égal à 110
CCIP	12	Le code organisme destinataire est toujours égal à 001
MGEN	91	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751 et le code <i>centre gestionnaire</i> est égal à 0501, le code de l'organisme destinataire est 999. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
.../...	.../...	.../...

.../...

2.3.4.3 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR394

T2 - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
		Table 8.1 Tables 21.x		Pour la CCIP (code régime 12) l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08), les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99): le code couverture sera de la forme " x01xx "...

T2 bis- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical

Cf. Règle T2

T2 ter- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur

Cf. Règle T2

T2 quater- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Cf. Règle T2

T2-quint - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture

Cf. Règle T2

.../... Point GR394

2.3.4.4 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification- Partie Tables »

.../... Point GR394

Table 11.1 Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT

Régime	Risque AT
.../...	.../...
10	O
12	O
14	O
.../...	.../...

.../... Point GR394

Table 11.2 Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	FSE AT
.../...	.../...	.../...	.../...
10			N
12			N
14			N
.../...	.../...	.../...	.../...

.../... Point GR394

Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, la CCIP, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.

.../...

2.3.5 Point n°445 : HN en table 4**2.3.5.1 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »**

.../... Point GR445

Table 4 Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts
(nature d'assurance, coefficient,...)

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (****)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de	Compatibilité de l'acte avec une majoration(**)			T.R théorique (*)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
.../...	./.	./.	.../...	.../...	.../...	./.	./.	./.	./.	./.	./.	.../...	.../...	.../...
HG7	O	O	O	O	N	N		N	N	N	N	65	85	01/01/15
HN	O	O	O	O	N	N		N	N	N	N	0	0	T ₀
IC	O	N	N	N	N	N		N(**)	so	so	so	100	100	01/04/16
.../...	./.	./.	.../...	.../...	.../...	./.	./.	./.	./.	./.	./.	.../...	.../...	.../...

2.3.6 Point n°449 : Convention médicale 2016

2.3.6.1 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation – Tarification »

.../...

Point GR449-2

Table 1 Table des codes prestations

.../...

Remarques :

.../...

- Groupe fonctionnel détail : libellés des codes **agrégés de remplacement pour remplaçant** les codes actes « réservés PS »
 - CCE : Consultation **très** complexe Enfants
 - CCX : Consultation **très** complexe Enfants
 - MCX : Majoration pour consultation complexe
 - MTX : Majoration pour consultation très complexe

.../...

Point GR449-3

Table 4 Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (***)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec une majoration(**)			T.R théorique (*)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
...	/.	/.	/.	/.	/.	/.	/.	/.
CPM	O	O	N	ON	N	N		N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
...	/.	/.	/.	/.	/.	/.	/.	/.
MSH	O	O	O	ON	N	N		N(**)	N	N	N	70	85	01/07/13
MSP	O	O	N	ON	N	N		N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
...	/.	/.	/.	/.	/.	/.	/.	/.

.../...

Point GR449-3

Table 7 Table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
...	/.	/.	/.	/.	/.
MAF	1	0	0	0	1	0	0	0 1
...	/.	/.	/.	/.	/.
MAS	1	0	0	0	1	0	0	0 1
...	/.	/.	/.	/.	/.
MBB	1	0	0	0	1	0	0	0 1
...	/.	/.	/.	/.	/.
MPF	1	0	0	0	1	0	0	0 1
...	/.	/.	/.	/.	/.
MTS	1	0	0	0	1	0	0	0 1
...	/.	/.	/.	/.	/.

.../...

Point GR449-1

Table 23 Table du type de majoration en fonction du code prestation

Code prestation	Valeur seuil du coefficient	Type de majoration	
		Coefficient inférieur à la valeur seuil	Coefficient Supérieur ou égal à la valeur seuil
C	so	Forfaitaire	
CG	15	Forfaitaire	Pourcentage

CNP	so	Forfaitaire	
CS	so	Forfaitaire	
D	15	Forfaitaire	Pourcentage
DC	15	Forfaitaire	Pourcentage
K	15	Forfaitaire	Pourcentage
KC	15	Forfaitaire	Pourcentage
KE	15	Forfaitaire	Pourcentage
SF	15	Forfaitaire	Pourcentage
SP	15	Forfaitaire	Pourcentage
V	so	Forfaitaire	
VNP	so	Forfaitaire	
VS	so	Forfaitaire	
Z	15	Forfaitaire	Pourcentage
Autre	so	Forfaitaire	

2.3.7 Point n°453 : Référence au consultant

2.3.7.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR453

T2-quint - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En l'absence de code couverture, le taux de remboursement ainsi que le code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur afférent sont déterminés dans la table référencée à partir d'un libellé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : dans ce cas le progiciel doit valoriser à "oui" la réponse à la question "soins conformes au protocole de soins ALD ?" 	<p>Date de référence : donnée intermédiaire calculée dans la règle T1 et T1ter.</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Libellé : Issu de l'attestation papier de droits du consultant *</p> <p>Taux individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p>Code justificatif d'exonération individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	<p>Table 50.1</p> <p>Table 50.2</p> <p>Table 50.4</p> <p>Table 50.6</p>		<p>Pour :</p> <p>la CCIP (code régime 12),</p> <p>l'ENIM (code régime 06),</p> <p>la CNMSS (code régime 08),</p> <p>les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14),</p> <p>les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15),</p> <p>la CAVIMAC (code régime 90),</p> <p>le Port Autonome de Bordeaux (code régime 16),</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99),</p> <p>les libellés sont identiques.</p> <p>Par conséquent, il faut utiliser la table 50.1 pour ces régimes.</p> <p>* Consultant : outil de consultation de la carte Vitale 1.</p>

.../...

2.3.7.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation-Tarifcation - Partie Tables »

.../...

Point GR453

Table 50.2 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole

Libellé correspondant aux combinaisons d'écrans	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

2.3.8 Point n°455 : SESAM sans Vitale en LPP**2.3.8.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarifcation »**

.../...

Point GR455

R33 – Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est ouvert :</p> <p>aux laboratoires d'analyse de biologie médicale,</p> <p>.../...</p> <p>ainsi qu'aux pharmaciens et aux fournisseurs dans la limite des cas cités ci-dessous :</p> <p>1. Pour les FSE anonymisées (Pharmaciens)</p> <p>.../...</p> <p>2. Pour certains produits de la LPP (Pharmaciens et Fournisseurs)</p> <p>Lors de la délivrance de certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que des prestations délivrées au long cours inscrites au Titre I et Titre II de la LPP² le pharmacien ou le fournisseur est, dans ces deux cas, autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.</p> <p>Cette partie de règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	.../...	Table 1	<p>L 5134- 1 du code de la santé publique.</p> <p>Décret n°2014-1523</p> <p>R161-43-1-II du code sécurité sociale</p> <p>Arrêté du 10/02/2004 modifié</p>	<p>FSE anonymisées</p> <p>LPP la liste des produits de la LPP pour laquelle le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé est fixée par arrêté. Le type de service est égal à " L " ou " S "</p>

.../...

2.3.9 Point°456 : Forçage maternité

2.3.9.1 Impacts Annexe1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »

.../...

Point GR456

§3.2.1.1 Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité

Le Professionnel de Santé peut forcer la date de fin « théorique » de droits à l'exonération du ticket modérateur au titre de la maternité.

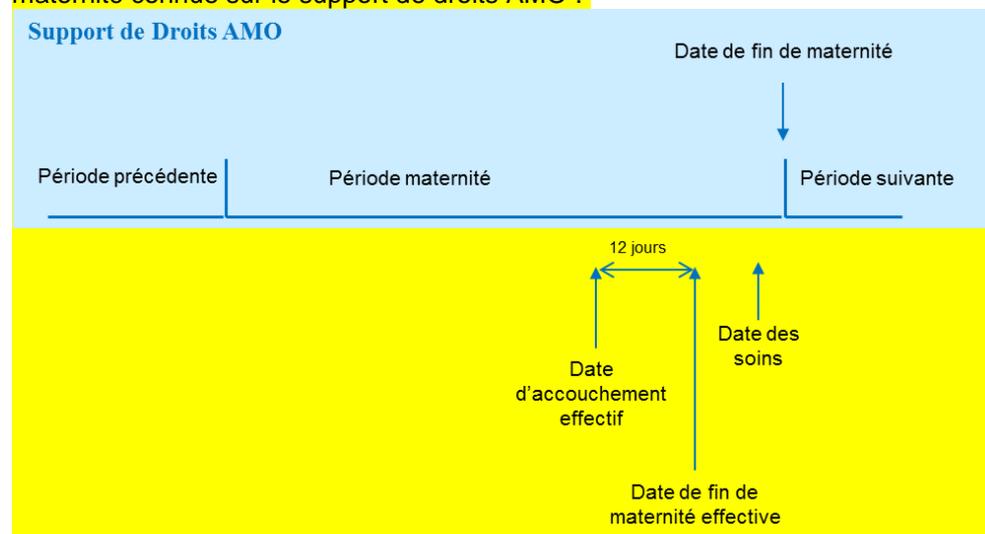
⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « M ».

Dans ce cas, le code situation à prendre en compte pour la facturation est celui de la période d'exonération suivant la période de maternité, si elle existe, ou à défaut celui de la période précédant la période de maternité.



Illustration du cas d'usage

Ce forçage s'applique en cas d'accouchement prématuré par rapport à la date de fin de maternité connue sur le support de droits AMO :



.../...

2.3.10 Point n°457 : Renseignement de la date de maternité

2.3.10.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR457

R30 - Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »

Description de la règle	Données utilisées	.../...	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la saisie de la date maternité est obligatoire.</p> <p>Cette date correspond soit à la date présumée de début de grossesse, soit à la date d'accouchement, soit à la date d'adoption.</p>	<p>Date de maternité : (1512) : Saisie par le PS</p>		<p>Ces informations sont portées sur le Guide Maternité</p>

Si ces dates ne sont pas connues, la date de maternité peut correspondre à la date des soins la plus ancienne de la facture.

R31 - Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »

Description de la règle	Données utilisées	.../...	Observation exemple
Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la date maternité doit être antérieure ou égale à la date des soins de chaque prestation de la facture.	Date de maternité : (1512) : Saisie par le PS Date d'exécution (1610) : Saisie par le PS		La date de maternité est décrite dans la règle R30.

.../...

2.3.10.2 Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »

.../...

Point GR457

§ 2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité

1512	Groupe Nature d'assurance Maternité	
1. Date de maternité	Date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement ou date d'adoption Cf. R30 et R31 de l'annexe 2.	

.../...

2.3.11 Point n°458 : R33 ouvertes aux spécialités 15 et 37

2.3.11.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR458

Tableaux de synthèse

		J.	R32	R33	R33bis	J.
J.	.../...	J.	J.	J.	J.	J.
15	Ophtalmologie	J.		X	X	J.
J.	.../...	J.	J.	J.	J.	J.
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	J.		X	X	J.
J.	.../...	J.	J.	J.	J.	J.

2.3.12 Point n°463 : Coquille en table 12

2.3.12.1 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR463

Table 12 : Tables des Codes Prestation obligatoirement associés

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
.../...	.../...
MPC	CS – CNP CS+MCS – CNP+MCS
.../...	.../...

2.3.13 Point n°465 : Groupe 1850

2.3.13.1 Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »

.../...

Point GR465

§2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement

Règles

Ce groupe est utilisé en cas de renouvellement d'une prescription de médicaments ou d'analyse de biologie médicale.



Cas particulier d'une délivrance exceptionnelle

L'article L5125-23-1 autorise les pharmaciens à renouveler la délivrance de médicaments aux patients dont les traitements chroniques risquent d'être interrompus, faute d'avoir obtenu de leur médecin une nouvelle prescription.

Le décret N° 2008-108 du 5 février 20081 fixe les conditions d'application de cette mesure. L'arrêté du 5 février 20081 détermine les catégories de médicaments exclues du dispositif.

Dans ce contexte de délivrance exceptionnelle, le champ renouvellement doit être valorisé à « 99 ».



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré.

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Pharmaciens Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
|--|

Ce groupe est facultatif.

1850	Groupe Complément de prestation Renouvellement	
2. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le renouvellement.	
3. Renouvellement	Indiquer le N° ordre de renouvellement.	

2.3.14 Point n°467 : UPH ouverte aux spécialités 01, 50 et 51

2.3.14.1 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »

.../... Point GR467-2

Table 2 : Spécialités de 01 à 16

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
UPH	UPH															
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../... Point GR467-2

Table 2 : Spécialités de 50 à 68

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
UPH	UPH	UPH											
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../... Point GR467-1

Table 2 : Spécialités de 69 à 80

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
.../...												
CNP							CNP					
.../...												
VNP							VNP					
.../...												

.../...

2.3.15 Point n°476 : NIR fictifs en table 15.2

2.3.15.1 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »

.../... Point GR476

Table 15.2 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins

	Code Régime	Code Caisse	Code centre	NIR	Age min	Age max	Top AME de base saisi par le PS*
Bénéficiaires de moins de 16 ans							
	Tous	toutes	tous	tous	so	16	so
AME de base							
	Tous	toutes	tous	tous	so	so	oui
Migrants de passage							

	Tous	toutes	tous	5 xx xx xx xxx xxx xx 6 xx xx xx xxx xxx xx	so	so	so
NIR Fictif							
	Tous	toutes	tous	2 55 55 55 xxx 041 xx 2 55 55 55 xxx 042 xx	so	so	so
Mahorais							
	Tous	976	tous	tous	so	so	so
	02	941	tous	tous	so	so	so

.../...

2.3.16 Point n°480 : Etude de rejets terrain

2.3.16.1 Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »

.../...

480-4.11

§2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé

.../...

1120	Groupe Identification Professionnel de Santé	
4. N° d'identification de facturation du PS	N° d'Identification de facturation du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros	
5. Clé du n° d'identification de facturation du PS	Clé du N° identification de facturation. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	
6. .../...	.../...	

.../...

480-1.10

§2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral

.../...

1211	Groupe Prescription PS Libéral	
1. N° d'identification du PS libéral	N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé.	
2. Clé du n° d'identification du PS libéral	Clé du N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé.	

1211		Groupe Prescription PS Libéral
3. Date de prescription du PS libéral		Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne, et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins.
4. .../.../...		.../.../...

.../.../...

480-1.10

§2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires

.../.../...

1212		Groupe Prescription Soins dentaires
1. Date début (dentaire)		Saisie par le Professionnel de Santé, date de début du traitement orthodontique ou date de début des soins. Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins.

.../.../...

480-1.10

§2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié

.../.../...

1213		Groupe Prescription PS salarié
3. .../.../...		.../.../...
4. Date de prescription du PS salarié		Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins.
5. .../.../...		.../.../...

.../.../...

480-1.10

§2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole

.../.../...

1214		Groupe Prescription PS bénévole
3. .../.../...		.../.../...
4. Date de prescription du PS bénévole		Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins.

1214	Groupe Prescription PS bénévole	
5. .../...	.../...	

.../...

480-3.10 ;480-4.10 ;480-4.21

§2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

.../...

1610	Groupe Prestation	
1. N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la facture)	
2. Date d'exécution	Date d'exécution de la prestation Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110) ; pour autant, cette date ne doit pas être antérieure de plus de 2 ans et 3 mois à la date d'élaboration de la facture.	
	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 .../... 	
3. Lieu d'exécution	.../...	
4. Code prestation	<ul style="list-style-type: none"> Hors CCAM : <ul style="list-style-type: none"> Code prestation connu par l'Assurance Maladie (cf. Annexe 2 : table 1) hors indemnités de déplacement (groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement ») Code prestation saisi par le PS : voir spécificités §2.4.21.1.10 Code prestation réservé PS : voir spécificités §2.4.21.1.12 Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 CCAM : code regroupement (cf. règle CC7) <p>! En aucun cas cette information ne peut pas être égale à une suite de 4 caractères blancs (0x20).</p>	
5. Code complément prestation	.../...	
6. Montant des honoraires	.../...	
7. Qualificatif de la dépense	.../...	
8. Coefficient	.../...	
9. Quantité	.../...	
10. Dénombrement	<p>Cette information est à 1 par défaut et ne doit jamais être nulle.</p> <ul style="list-style-type: none"> Voir spécificités radiologie Voir codage de la biologie et d'anatomo-cyto-pathologie .../... 	
11.../...	<ul style="list-style-type: none"> .../... 	

.../...

480-5.40

§2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM

.../...

1710		Groupe Prestation détaillée NABM
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation	
2. Code affiné NABM	Code affiné de la prestation ! A noter que ce code ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros).	

.../...

480-3.40 ; 480-5.10 ; 480-5.20

§2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP

.../...

1730		Groupe Prestation détaillée LPP
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation	
2. Code LPP	Code du LPP associé à la prestation ! Un code LPP est nécessairement numérique, sur 7 caractères. Ce champ ne peut être nul	
3. Type Prestation	Type de prestation fournie au malade : A : Achat E : Entretien L : Location P : Frais de port S : Service (ex: Assistance Respiratoire) R : Réparation V : Livraison	
4. N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	Réservé pour une utilisation future	
5. Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	En cas de facturation partielle d'une location, la date de début de location correspond à la date de début de facturation de la période concernée.	
6. Date de fin de location ou de service	Ce champ est obligatoire en cas de location ou de service. En cas de facturation partielle d'une location, la date de fin de location correspond à la date de fin de facturation de la période concernée. En cas de changement de tarif en cours de période, il convient de créer autant de groupes 1730 que de tarifs pour ce code prestation.	
7. Tarif LPP de référence	Indiquer le tarif unitaire de la prestation figurant à la LPP ou le prix unitaire en cas de délivrance d'articles sur facture à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation 1610-4). ! Ce montant ne doit pas être nul.	
8. Nombre d'unités	Indique le nombre de fois où le prix unitaire est facturé. Correspond pour les locations au nombre de jours, semaines ou mois facturés. ! Ce nombre ne doit pas être nul.	
9. Prix unitaire public de la prestation LPP	Indiquer le prix public unitaire TTC de la prestation LPP à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation 1610-4). ! Ce montant ne doit pas être nul.	

1730	Groupe Prestation détaillée LPP
10. Montant total LPP	(Tarif de référence LPP ou PU) x nombre d'unités.  Ce montant ne peut pas être nul.
11. Montant total facturé TTC après remise éventuelle	Prix public x nombre d'unités <u>après</u> application d'une remise éventuelle.  Ce montant ne doit pas être nul (cas d'une prestation gratuite). Cas particulier : En nature d'assurance SMG ou AT, mis à jour à partir du montant des honoraires du groupe 1610 (champ 1610-6) à l'issue de « Finalisation SMG » (cf. A1-A3)

Contrôler les périodes LPP

Chaque code détaillé LPP est caractérisé par une date de début de la prestation détaillée LPP et éventuellement une date de fin de la prestation détaillée LPP, définissant ainsi une période de la prestation LPP.

Dans une même facture, les périodes de location correspondant à un même code LPP :

- doivent être différentes et consécutives,
- et la date de fin d'une période doit être distincte de la date de début de la suivante.
- ne doivent pas se chevaucher ;
- ne doivent pas être incluse l'une dans l'autre.

 A noter que ce contrôle concerne uniquement les codes LPP pour lesquels une date de fin de période est renseignée, ce qui correspond en pratique aux prestations LPP de type location (Type Prestation = « L ») et service (Type Prestation = « S »).

Actes gratuits

Bien que le montant des honoraires (1610-6) du groupe *Prestation* soit renseigné à zéro en cas d'acte gratuit, aucun montant de ce groupe *Prestation détaillée LPP* ne doit être renseigné à zéro.

.../...

480-5.50 ; 480-5.60

§2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

.../...

1740	Groupe Prestation détaillée code CIP
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Type de code CIP du médicament délivré	Indiquer le type de code CIP utilisé pour identifier le médicament délivré : <ul style="list-style-type: none"> • « A » : code CIP du médicament allopathique sur 7 caractères • « B » : code CIP du médicament sur 13 caractères • « 6 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Petit labo. » • « 7 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Grand labo. »

3. Code CIP du médicament délivré	Code CIP du médicament délivré ! A noter qu'un code CIP ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros).
4. Prix unitaire du médicament délivré	Indiquer la base de remboursement d'un conditionnement (boite de médicament) de médicament délivré. En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à zéro .
5. Quantité de médicament délivré	En nombre de conditionnement délivrés (ou utilisés cas du déconditionnement). ☞ Remarque : en cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11ème champ du présent groupe) ! La quantité de médicament ne peut être égale à 0
6. .../...	.../...

.../...

480-1.40 ; 3.20

§2.4.25

1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable

Règles

Ce groupe est obligatoire pour les prestations soumises à entente préalable, y compris en cas de prise en charge SMG.

**Familles
concernées**

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1840	Groupe Complément de prestation Entente Préalable
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'entente préalable
2. Code accord entente préalable	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour une absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire. • valeur 4 pour une réponse favorable • valeur 5 pour une notion d'urgence ! Cette information est obligatoire

1840	Groupe Complément de prestation Entente Préalable	
3. Date d'envoi de la demande d'entente préalable	Date à laquelle la demande d'entente préalable ou la demande de prise en charge SMG a été postée Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'exécution de la prestation (1610), hormis dans le cas particulier d'une prestation LPP d'oxygénothérapie. ! Cette information est obligatoire	
4. Identification de l'entente préalable	N° ordre de l'entente préalable (zone réservée pour utilisation future)	

Les données de ce groupe sont renseignées par le Professionnel de Santé (hors le n° de la prestation de rattachement).



Cas particulier : ces données sont renseignées automatiquement par le progiciel à partir du groupe 1840 d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente) cf. Annexe 2 – Règle R8.



Remarque : en nature d'assurance SMG, le code accord entente préalable ne peut pas prendre la valeur « pas de réponse de la caisse ».

.../...

480-4.11

§2.4.28

1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant

.../...

1870	Groupe Complément de prestation Exécutant	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de l'exécutant	
2. N° d'identification de l'exécutant	Indiquer le N° d'identification de facturation de l'exécutant Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros	
3. Clé du n° d'identification de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant	
4. Code spécialité de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant	

.../...

2.3.16.2

Impacts Annexe2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

480-1.50

R28 - Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »

Description de la règle	Données utilisées	.../...
Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail », la date d'accident doit être : <ul style="list-style-type: none"> antérieure ou égale à la date des soins, 	Date accident du travail : (1513) : Saisie par le PS	.../...

<ul style="list-style-type: none"> et antérieure ou égale à la date de la facture. 	Date d'exécution (1610) : Saisie par le PS Date d'élaboration de la facture (1110) : Saisie par le PS	
---	--	--

.../...

480-1.30

R32- Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP de location ou de service

Description de la règle	Données utilisées	.../...
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une date de fin de période pour la prestation détaillée LPP de location lorsque le type de prestation est à la valeur " Location " ou " Service " .</p> <p>Par ailleurs, lorsque cette date de fin est renseignée, elle doit être postérieure ou égale à la date de début de cette même prestation détaillée LPP.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	Date de fin de location ou de service (1730) : Saisie par le PS Type de prestation fournie (1730) : Saisie par le PS Type de nomenclature : Lu en table 1 Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance (1730) : Saisie par le PS	.../...

.../...

480-1.50

R36 Contrôle de la date de l'accident

Description de la règle	Données utilisées	.../...
<p>Si les soins sont en rapport avec un accident de droit commun ou un accident de la vie privée (régime agricole), le Professionnel de Santé doit indiquer la date de celui-ci sur la feuille de soins électronique maladie qu'il établit.</p> <p>Cette date doit être antérieure ou égale à la date de la facture.</p>	Date de l'accident de droit commun (1511) : saisie par le PS Groupe nature d'assurance maladie (1511) : Saisi par le PS Date d'élaboration de la facture (1110) : Saisie par le PS	.../...

.../...

2.3.17 Point n°486 : PA, PAN ouverts au Non Remboursable

2.3.17.1 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR446

Table 7

Table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
CPH	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
DCC	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
FTN	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
FTR	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
GLU	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
MPI	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
PA	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
PAN	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
PPH	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
PPS	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
SES	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
SNG	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
STH	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
TDR	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
THR	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
UPH	/.	/.	/.	/.	0 1	.../...	.../...	.../...
.../...	/.	/.	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...

.../...

2.3.18 Point n°496 : Groupe 1820 et SMG**2.3.18.1 Impacts Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »**

.../...

Point GR496

§2.4.23 1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.**Règles**

Ce groupe permet de gérer les justificatifs d'exonération (ou code justification d'exonération) appliqués à chaque prestation.

Ce groupe est obligatoire lorsque la nature d'assurance est Maladie (groupe 1511).

A l'inverse si **les la nature d'assurance est Maternité (groupe 1512), et-Accident du Travail (groupe 1513) ou Soins Médicaux Gratuits (groupe 1515) sont présentes**, le groupe 1820 est interdit.

Enfin, si **la nature d'assurance est Prévention le (groupe 1514) est présent**, ce groupe est facultatif.

Ce groupe est rattaché à tout type de prestation (groupe 16xx).

.../...

.../...

2.3.19 Point n°509 : Base de Remboursement en cas d'actes gratuits**2.3.19.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »**

.../...

Point GR509

S1 - Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP

Description de la règle	
Etape 1	<p>Pour les frais pharmaceutiques hors actes secondaires :</p> <p>Le montant de la base de remboursement correspond au prix unitaire du groupe 1610 à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. <p>Ces prestations relèvent de la nomenclature « Frais PH ».</p> <p>Pour les Dispositifs Médicaux (DM) de la LPP (ex TIPS) :</p> <p>Le montant de la Base de Remboursement correspond au montant total LPP du dispositif médical.</p> <p>Ces prestations relèvent de la nomenclature « LPP ».</p>
Etape 2	<p>Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant des honoraires perçus et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment.</p> <p>Cas particulier : Actes Gratuits</p>

Pour les actes gratuits, la Base de Remboursement correspond au montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment, bien que le montant des honoraires perçus soit nul.

.../...

2.3.20 Point n°514 : Pas de FSE AT pour les agents des collectivités territoriales

2.3.20.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

Point GR514

R25.2 – Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	.../...	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier que l'organisme gestionnaire de l'AT identifié accepte une feuille de soins électronique au risque Accident du Travail.</p> <p>Si l'organisme gestionnaire de l'AT identifié n'accepte pas une Feuille de Soins Electronique, le Professionnel de Santé établit une feuille de soins papier au risque Accident du Travail.</p> <p>Ce contrôle est sans objet dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. si l'origine de l'organisme gestionnaire AT est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), ○ soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1) 	<p>Organisme gestionnaire de l'AT : donnée issue de la règle R25.0</p> <p>Code gestion : Issu du support de droits AMO</p> <p>Top FSE AT acceptée : (donnée intermédiaire résultat) issu de la table T11.2</p>	Table 11.2		<p>Cas particulier pour un assuré affilié à l'ENIM (06) : Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail » et si l'accident n'est pas pris en charge par l'armateur alors le PS établit une FSE. Dans le cas contraire, il établit une feuille de soins papier.</p>

.../...

Point GR514

R25.4 – – Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	.../...	

<p>Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT et qu'il est issu des données AT du support de droits AMO* alors une Feuille de Soins électronique au risque AT est acceptée.</p> <p>Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT et qu'il est issu des données « maladie » du support de droits AMO** alors le Professionnel de Santé établit en fonction du code régime de cet organisme et du code gestion de l'assuré (table 11.3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit une feuille de soins électronique au risque AT • soit une feuille de soins papier au risque AT ou maladie selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (table 11.1) 	<p>Organisme gestionnaire de l'AT : <i>donnée issue de la règle R25.0</i></p> <p>Code gestion : <i>Issu du support de droits AMO</i></p> <p>Origine de l'organisme gestionnaire AT : <i>(donnée issue de la règle R25.0)</i></p>	<p>Table 11.3 Table 11.1</p>	<p>* L'organisme gestionnaire AT est considéré issu des données AT du support de droits AMO si son origine prend l'une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), • support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1), <p>** L'organisme gestionnaire AT est considéré issu des données maladie du support de droits AMO si son origine est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101).
--	---	----------------------------------	---

2.3.20.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation – Tarification_Partie Tables »

.../...

Point GR514

Table 11.2 Régimes et bénéficiaires autorisant pour lesquels l'envoi d'une FSE AT est autorisé

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	23	N
01	toutes	tous	29	N
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
02	574	tous	tous	Ø
	575			Ø
02	579	tous	tous	N
	674			Ø
	675			Ø
02	679	tous	tous	N
	684			Ø
	685			Ø
02	689	tous	tous	N
	Valeurs autres que ci-dessus			Ø
02	≠ {579 ; 679 ; 689}	tous	tous	O
04	toutes	tous	tous	O
05	toutes	tous	tous	O
06	toutes	tous	tous	O

07	toutes	tous	tous	O
08	toutes	tous	tous	O
10	toutes	tous	tous	N
12	toutes	tous	tous	N
14	toutes	tous	tous	N
15	toutes	tous	tous	N
16	toutes	tous	tous	N
91 à 96	toutes	tous	tous	N
99	toutes	tous	tous	N

.../...

Point GR514

Table 11.3 Régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte en l'absence d'organisme sur le support AT

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
01	toutes	tous	23	N
01	toutes	tous	29	N
02	toutes	tous	tous	N
03	toutes	tous	tous	N
Autres	toutes	tous	tous	N

3 EV104 : Maintenance fonctionnelle et technique

3.1 Présentation de la mesure

Contexte

Cette évolution a pour objet de rassembler les différentes modifications du Cahier des Charges SESAM-Vitale pour intégration des points de maintenance technico-fonctionnelle.

Points de maintenance

Description	Impacts CDC-Editeurs	§ impacté
Etiquette "Version 1.40-Addendum 7" : suppression de la première phrase (redondante).	CORPS	2.3.1
Suppression de la partie précisant les annexes supprimées du CDC 1.31	CORPS	1.2.3
Le mot "contenus " est supprimé « de validité des droits d'exonération contenus issus du support de droits AMO du patient ».	CORPS	3.2.2.1
Modification du paragraphe : Le Professionnel de Santé doit : • identifier la situation du bénéficiaire de soins au regard de l'ACS, à partir des éléments fournis par celui-ci (-suivants : carte Vitale, service ADR, attestations AMO, ...) , c'est-à-dire:	CORPS	3.2.2.6.3
Modification du paragraphe : L'inscription des références (désignées sous le terme « Ticket Vitale » pour les pharmaciens) sur les ordonnances papier est définie réglementairement (article R.161-45).	CORPS	3.2.8.3
Modification : Dégradé Pour toutes catégories, uniquement en cas d'absence ou de dysfonctionnement de la carte Vitale, ou FSE AT lorsque l'organisme de la facture est différent de celui de la carte Vitale Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la carte CPS et non signée.	CORPS	3.5
Modification : Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique. Cette durée correspond à la donnée EF_AP09_01.	CORPS	3.2.7.3
Correction : • EV 92 91 : Convention médicale 2016 ○ AVENANT 12 : Convention médicale 2016 - Tarification NGAP ○ AVENANT 13 : Convention médicale 2016 - Tarification CCAM	CORPS	2.3.1
Modification du Libellé du RSI : Sécurité Sociale Indépendants	CORPS	Glossaire
Suite à la suppression de l'AME-C (Avenant 10-TPG), il n'est plus nécessaire de parler d'AME de base : le terme AME suffit.	CORPS A1-A A1-A0 A2 A2bis A8	-
Modification du paragraphe : "Ce forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire génééré (cf.	A1-A	3.3.1.1

Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général et Origine de la prestation), aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé modifier le dernier § comme suit : " Remarque : une prestation de type honoraire général n'étant pas concernée par le forçage, l'indicateur de forçage AMO est nécessairement non renseigné"		
Forfait dentaire au titre de la CMU-C du panier de biens et services CMU-C. Exemple 3 : correction de la 1ère colonne de ce tableau d'exemple.	A1-A0	2.4.21.1.2
Ajout du Groupe 1870	A1-A0	2.5.1
Suppression des références à la règle TC9	A1-A0 A2	Groupes 1610, 1620 et 1630 Règles P1 et P1bis
Ouverture de la RG_VF_51 à toutes les spécialités (en cohérence avec l'Annexe 2).	A1-A3	2.5.1
RG_VF340 : « Dans le cas où la prestation support ayant déclenché l'ATD est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : Indemnité de déplacement), la prestation d'honoraire de complément AT doit être insérée immédiatement après la prestation support, l'acte secondaire saisi par le PS devant apparaître après la prestation de complément AT. »	A1-A3	2.5.1
Dans RG_VF350 et RG_VF409 ajouter : "Il s'agit des prestations d'honoraires de dispensation général (cf. opération CF06) et des prestations de complément AT dentaire (cf. opération VF07.01)."	A1-A3	2.5.2
Correction : "Chaque phase est détaillée dans le paragraphe 4.7" par "Chaque phase est détaillée dans le paragraphe 5.7 "	A1-B	5.6.2.2
Correction RG_RR020 : Entité 294 • Nature de la prestation concernée (pos. 9698) *	A1-B0	3.1.1
Modification : Groupe 1150 pour les auxiliaires médicaux : non-utilisé Facultatif	A1-D	2
Coquille dans T2 quater	A2	Règle T2 quater
Mise à jour de la note de bas de page suite à l'avenant EV41.	A2	1.1
Ajout de la compatibilité ATD avec et IMP et INO.	A2bis	Table 12
Les rejets 1041 et 1045 sont obsolètes + absence du code rejet 1032.	A4	11.1.2
Inversion du code rejet 1050 et du 1060 dans le NB Ajout de l'adresse du certificat de test du CESI	A4	14.1.2 6.2.3
Migration LOI sur OSI RGS : mise à jour des paragraphes.	A6	2.2.3 5.1.1 5.2.2
Dans le cadre de l'homogénéisation des exigences de sécurité applicables à l'ensemble des référentiels d'homologation, un travail de réécriture de ces exigences a été réalisé. Par ailleurs, elles s'accompagnent dorénavant d'un guide de rédaction du dossier de sécurité permettant aux éditeurs de rédiger de manière efficiente le dossier exigé lors de la phase d'agrément. Ce guide est commun au référentiel « dispositif intégré » et aux solutions agréées « réseau distant »	A7	Annexe mise à jour entièrement

4 Maintenance Dispositif Intégré

4.1 Synthèse des Impacts

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
Rh-integ-dsf-020 partie 1	§4.1.1.1.1.2	Modification pour l'utilisation des informations conventionnelles paramétrées sur le poste PS : « en présence d'une carte Fournisseur » et non « pour les PS Fournisseurs » Ajout de la règle de caractérisation d'une carte Fournisseurs	388
	A5-1.1	Ajout d'une précision en cas de forçage des droits liés à la maternité	456
	§4.1.1.3.4.2.2	Renvoi à la règle R30	457
	§4.1.1.3.7.2.1	Ajout du cas général du renseignement du renouvellement	465
	§4.1.1.3.4.1	Ajout du contrôle de la date de prescription par rapport à la date de naissance du bénéficiaire de soins	480-1.10
	§4.1.1.3.7.2.1	Ajout du contrôle de la date d'exécution de la prestation par rapport au délai de 2 ans et trois mois	480-3.10
		Précision : le code acte NGAP ne peut être égale à une suite de 4 caractères blancs	480-4.21
		Nouvelle règle : la date d'envoi de l'entente préalable doit être antérieure ou égale à la date de prestation hormis dans le cas particulier de l'oxygénothérapie	480-1.40
	§4.1.1.3.7.3.2	Précision : la quantité du médicament ne peut être égale à zéro	480-5.60
	§4.1.1.3.7.3.3	Nouvelle règle : contrôler les périodes LPP	480-3.40
	§4.1.1.2.1	Remplacement AME de base par AME	
	§4.1.1.2.8.1.		
	§4.1.1.2.8.6.		
	§4.1.1.2.8.7.		
	§4.1.1.3.5.2.2.		
	§4.1.1.3.7.1.		
	§4.1.1.3.7.4.1		Suppression du paragraphe sur nombre de modificateurs à paramétrer
	§4.1.1.4.1.5	Précision sur le renseignement du type 2P dans la FSE	
	§4.1.1.5.1.2.1	Précision sur l'utilisation de la règle FAC_CHIFAMC	
Rh-integ-dsf-020 partie 2	§4.7 Glossaire	Suppression du régime CCIP dans la liste des régimes de l'UNRS	394
	A2	Cf tableau de synthèse du cahier des charges	
A2bis		Cf. tableau de synthèse du cahier des charges	
Rh-integ-dsf-023	§1.5	Suppression du code régime 12	394

**Rh-integ-dsf-
032**

Champ 34	Suppression du champ 34 car non utilisé	
----------	---	--

4.2 Maintenance Rh-integ-dsf-020 partie 1

4.2.1 Maintenance réglementaire

Point 388 : Identification des fournisseurs

4.1.1.1.2 TRT_LCPS_04_00 : Traitement des données CPS restituées

Fournisseurs

En présence d'une carte Fournisseurs, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le dispositif intégré doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les postes de travail. A savoir :

- le **code spécialité**,
- le **code conventionnel**,
- le **code zone tarifaire**,
- le **code zone IK**.

En effet, les informations, restituées par la « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives. En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPS fournisseurs ne doivent alimenter les données constitutives de la facture.

Pour « identifier » une carte de professionnels de santé Fournisseurs, le dispositif intégré contrôle que les positions 3 (catégorie) et 4 (numéro d'ordre) du Numéro d'identification de facturation PS (FAC_IDPS) prennent respectivement les valeurs « 2 » et « 6 ».

Une carte Fournisseur est caractérisée par :

- un code catégorie de valeur « 2 » : cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation (Fac_IDPS)
- et par une ou plusieurs des informations conventionnelles ci-avant renseignées à la valeur « 99 » ou « 9 » en carte.

Point 456 : Forçage Maternité

A5-1.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

- **Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liées à la maternité**

Le Professionnel de Santé peut forcer la date de fin « théorique » de droits à l'exonération du ticket modérateur au titre de la maternité.

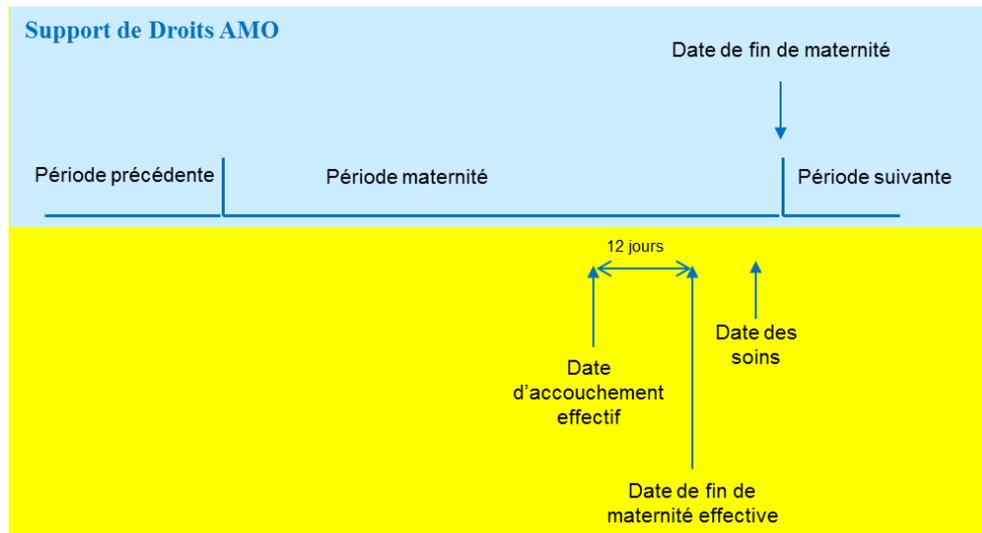
⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le dispositif intégré avec la valeur « M ».

Dans ce cas, le code situation à prendre en compte pour la facturation est celui de la période d'exonération suivant la période de maternité, si elle existe, ou à défaut celui de la période précédant la période de maternité.



Illustration du cas d'usage

Ce forçage s'applique en cas d'accouchement prématuré par rapport à la date de fin de maternité connue sur le support de droits AMO :



Point 457 : Renseignement de la date de maternité

4.1.1.3.4.2.2 Maternité

.../...

✓ **Date de maternité**

(FAC_DT_MATER)

indiquer la date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement ou date d'adoption. (cf. R30 et R31 de l'annexe 2).

Point 465 : Précision sur le renouvellement

4.1.1.3.7.2.1 prestation codage NGAP

.../...

✗ **Renouvellement**

(PREST_RENOUV)

Renseigner en cas de renouvellement d'une prescription de médicaments ou d'analyse de biologie médicale.

Point 480 : Ajout de règles fonctionnelles

4.1.1.3.4.1 Données liées à la prescription

📅 **Date de prescription**

(FAC_DT_PRESC)

Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance). Cette date est inférieure ou égale à la date de facturation. Elle doit être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire de soins.

.../...

Date début (dentaire)

(FAC_DT_SOINSD)

Donnée spécifique aux professionnels de santé réalisant des soins dentaires (prestations du groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. Annexe2-Table1) (obligatoire pour les Médecins pouvant réaliser des Soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69).

Date de proposition de la prothèse dentaire ou date de début des soins.(Elle doit être impérativement antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire de soins).

4.1.1.3.7.2.1 Prestation codage NGAP

.../...

✓ Date d'exécution

PREST_DT_EXEC

date d'exécution de la prestation.

cas particulier des soins dentaires : date d'achèvement des soins pour chaque dent traitée ou de la prothèse dentaire ou d'achèvement d'une fraction de traitement (facturation partielle) ou date de fin de traitement (orthodontie).

Pour une prestation LPP, la date d'exécution de la prestation correspond à la date de début de la prestation LPP, i.e. date de début de location ou de service ou date d'achat ou de délivrance.

Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture. Pour autant, cette date ne doit pas être antérieure de plus de 2 ans et 3 mois à la date d'élaboration de la facture.

.../...

✓ Code acte NGAP

PREST_COD_NGAP

Règles à respecter de niveau prestation :

Le code prestation saisi par le Professionnel de Santé doit correspondre :

- soit à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « PS »,
- soit à un code prestation non présent en table 1 de l'annexe 2 (cas de forçage)

Il ne doit en aucun cas correspondre à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « LPS ».

(Cette information ne doit pas être renseignée avec une suite de 4 caractères blancs (0x20).

.../...

Date d'envoi de la demande de l'entente préalable

(PREST_DT_EP)

date à laquelle la demande d'entente préalable ou la demande de prise en charge SMG a été postée. Cette date doit être renseignée lorsque le code accord entente préalable est différent de "non soumis à entente préalable".

Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'exécution de la prestation, hormis dans le cas particulier d'une prestation LPP d'oxygénothérapie.

4.1.1.3.7.3.2 Codage CIP

.../...

✓Quantité de médicament délivré (P_DET_CIP_QTEBOITE)

En nombre de conditionnement délivrés (ou utilisés cas du déconditionnement).

Remarque : en cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement »

Cette quantité ne doit pas être à zéro.

4.1.1.3.7.3.3 Codage LPP (ancien TIPS)

.../...

JUIN 2013		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Type de prestation		location							location					location								
Date de début de location		08/01/2013							15/01/2013					24/01/2013								
Date de fin de location		14/01/2013							16/01/2013					28/01/2013								
Tarif LPP		Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif (tarif hebdomadaire)							Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur nouveau tarif (tarif hebdomadaire)					Tarif unitaire de la prestation (tarif hebdomadaire) Application du nouveau tarif								
Nombre d'unités		1							1					1								



Chaque code détaillé LPP est caractérisé par une date de début de la prestation détaillée LPP et éventuellement une date de fin de la prestation détaillée LPP, définissant ainsi une période de la prestation LPP.

Dans une même facture, les périodes de location correspondant à un même code LPP :

- doivent être différentes et consécutives,
- et la date de fin d'une période doit être distincte de la date de début de la suivante.
- ne doivent pas se chevaucher ;
- ne doivent pas être incluse l'une dans l'autre.



A noter que ce contrôle concerne uniquement les codes LPP pour lesquels une date de fin de période est renseignée, ce qui correspond en pratique aux prestations LPP de type location (Type Prestation = « L ») et service (Type Prestation = « S »).

4.2.2 Maintenance fonctionnelle et technique

4.1.1.2.1 le support de droits « ADR »

Les données issues d'ADR sont isofonctionnelles à celles d'une lecture de la carte Vitale (pour les informations que les AMO y inscrivent), à l'exception de :

- l'AME **de base**, qui est fourni par ADR,
- du top Alsace-Moselle, qui n'est pas fourni par ADR,
- des natures de pièce justificative (AMO et AMC) qui ont des nouvelles valeurs, fournies par ADR.

4.1.1.2.8.1 AME

Le Professionnel de Santé peut élaborer une FSE dans le cadre de l'aide médicale d'Etat.

Il doit appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part complémentaire. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

L'identification d'un bénéficiaire « AME **de base** » s'effectue de cette façon :

	AME de base
Identifiant mutuelle	75500017 Sauf exception ADR : dans ce cas, l'identification est décrite dans la documentation spécifique du service
Carte Vitale	Absente
Attestation papier	Attestation d'admission à l'aide médicale de l'état qui identifie un bénéficiaire de l'AME de base

Le Professionnel de Santé, à qui l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer s'il s'agit d'une AME **de base**. Le dispositif intégré du Professionnel de Santé doit donc prévoir la saisie de cette information dans ce cas là.

AME **de base**

Les personnes bénéficiaires de l'AME **de base** ne possèdent pas de carte Vitale mais uniquement une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

.../...

Le Professionnel de Santé médecin doit identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de l'AME **de base** à partir des éléments suivants : service ADR et/ou attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

4.1.1.2.8.6 Parcours de soins

Les cas d'exclusions du parcours de soins sont spécifiés dans la règle R37 de l'annexe 2.

AME de base

Les personnes bénéficiaires de l'AME de base ne sont pas concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

4.1.1.2.8.7 Dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

.../...

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier la situation du bénéficiaire de soins au regard de l'ACS, à partir des éléments fournis par celui-ci suivants : (carte Vitale, attestations AMO, ...), c'est-à-dire:
 - soit le bénéficiaire de l'ACS n'a pas souscrit de contrat complémentaire ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire non encadré ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire encadré (ACS A, ACS B, ACS C).

.../...

4.1.1.3.5.2.2 Valeurs du Cadre de remboursement et du type de service AMC

.../...

Cas particulier : pour l'AME de base, la valeur de cadre de remboursement à utiliser est la valeur 3.

4.1.1.3.7.1 Règles de saisie des lignes de factures

.../...

Actes pris en charge totalement par l'état dans le cadre de l'AME de base, Ticket Modérateur ou Forfaits dentaires dans le cadre de la CMU-C

Dans ce cas, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant remboursable par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à N.

Le montant de la dépense est renseigné par le montant total de la dépense (dépassement compris) ou par le montant du forfait dentaire pour la CMU-C.

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire est renseigné par le montant total à rembourser (AMO+AMC) par l'AME de base, le Ticket modérateur ou le montant du forfait dentaire pour la CMU-C.

Pour les actes dans le cadre de l'AME de base, une facturation de déplacement est possible. Dans ce cas là, le qualificatif de la dépense du déplacement est à N.

4.1.1.3.7.4.1 Données et règles de niveau acte

.../...

Détermination des codes Modificateurs AMC

(PREST_COD_MODAMCn)

CC13 : renseignement des modificateurs pour les Organismes complémentaires	
<p>Lorsque le PS saisit des codes modificateurs (ceci concerne le régime obligatoire), le dispositif intégré doit déterminer les codes modificateurs spécifiques destinés aux OC. Pour les 4 modificateurs AMO, il convient de convertir et de transmettre à l'AMC un nombre N de modificateurs.</p> <p>Nombre de modificateurs AMC à transmettre :</p> <p>La valeur N du nombre de modificateurs à convertir est au moins égale au nombre de modificateurs AMO tarifant.</p> <p>Conversion d'un modificateur AMO en modificateur AMC.</p> <p>Il est nécessaire de rechercher pour les N premiers modificateurs AMO la valeur de modificateur AMC correspondante.</p> <p>Pour chaque modificateur AMO, la base CCAM contient un code modificateur AMC correspondant.</p>	

Vu que le nombre de modificateurs à transmettre aux OC ne constitue pas un paramètre de la base CCAM elle-même, il convient de paramétrer cette valeur N dans une table technique, de sorte à pouvoir la faire évoluer dans le temps. Ce paramètre évoluera en même temps que la base CCAM et sera donc valorisé par l'industriel sur information du GIE transmise en complément de la diffusion de cette dernière.

4.1.1.4.1.5 Mise en forme du Type 2P

L'entité Type 2P est toujours présente dans la feuille de soins lorsqu'il y a une part complémentaire avec les informations renseignées et que le type de facture à générer est FSE seule si le type de contrat = 99.

En présence d'une part complémentaire, le code spécialité et le code conventionnel doivent être renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.

4.1.1.5.1.2.1 Description des données à chiffrer

Les données à chiffrer sont décrites dans le document RH-HOMOLG-DSF-023 règle FAC_CHIFFSE, FAC_CHIFDRE et FAC_CHIFAMC (pour les FSE ou DRE contenant des informations d'identification de l'AMC).

Le chiffrement est spécifié dans le RH-HOMOLOG-DSF-023 sous la règle FAC_CHIFFSE et FAC_CHIFAMC, (ce traitement FAC_CHIFAMC n'est effectué que dans le cas où l'indicateur de traitement AMC prend une valeur paire (par défaut, si l'IT AMC n'est pas renseigné, les données AMC de la partie haute du type 2M de la FSE sont chiffrées)).

Le chiffrement d'une DRE est spécifié dans le règle FAC_CHIFDRE.

4.3 Maintenance Rh-integ-dsf-020 partie 2

4.3.1 Maintenance fonctionnelle et technique

4.7. Glossaire

.../...

UNRS

Union Nationale des Régimes Spéciaux

Composée de :

Caisses de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF

Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP

Etablissement National des Invalides de la Marine

Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines

Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire

Caisse Autonome de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris

Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale

Caisse de Prévoyance du Port Autonome de Bordeaux

Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat

Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes

4.4 Maintenance Rh-integ-dsf-022 annexe 2 cdc

Les points de maintenance sont identifiés dans les paragraphes relatifs au cahier des charges SESAM-Vitale.

4.5 Maintenance Rh-integ-dsf-022b annexe 2 bis cdc

Les points de maintenance sont identifiés dans les paragraphes relatifs au cahier des charges SESAM-Vitale.

4.6 Maintenance Rh-integ-dsf-023 tableaux de valeurs

4.6.1 Maintenance réglementaire

Point 394 : Suppression de la CCIP (code régime 12)

1.5. Table de valeur de la donnée (fac_ben_cod_reg)

Code régime	Signification
01	Régime Général
02	Régime Agricole
03	<i>Régime des salariés Indépendants(RSI)</i>
04	Caisses de Prévoyance et de Retraite de la SNCF – CPR SNCF
05	Régime spécial de la Régie Autonome des Transports Parisiens - RATP
06	Etablissement National des Invalides de la Marine - ENIM
07	Régime minier de Sécurité Sociale
08	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale - CNMSS

10	Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire - CRPCEN
12	Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris - CCIP
14	Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale
.....